

**ODONTOJENİK KİSTİ TAKLİT EDEN KİSTİK AMELOBLASTOMA
(BİR OLGU BİLDİRİMİ)****CYSTIC AMELOBLASTOMA SIMULATING AS AN ODONTOGENIC CYST
(A CASE REPORT)**

Oğuzcan KASABOĞLU*, **Müjgan Güngör HATİPOĞLU†**, **Aytuğ ATABEK‡**,
Nuray ER§

ÖZET

Ameloblastoma lokal agresif özellik gösteren, benign epitelial odontojenik tümördür. Üç farklı tip ameloblastomadan biri olan kistik ameloblastoma sıklıkla dentigeröz kistten, nadir olarak da diğer odontojenik kistlerden köken almaktadır. Genellikle de mandibulanın posterior bölgesinde görülmektedir. Bu olgu raporunda, mandibulanın en nadir görülen bölgesinde, periapikal (radiküler) kistten köken aldığı ve neoplastik transformasyona uğradığı düşünülen bir kistik ameloblastoma vakasının klinik, radyolojik, histopatolojik bulguları ve tedavisi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Periapikal kist, kistik ameloblastoma.

SUMMARY

Ameloblastoma is an aggressive, benign epithelial odontogenic tumor, which has three clinical types. Cystic ameloblastoma is originated mostly from dentigerous cyst and rarely from other odontogenic cysts and it is generally seen in the posterior region of the mandible. In this article, a case of cystic ameloblastoma, which is thought to be transformed neoplastically from a periapical (radicular) cyst in the most rarely seen region of the mandible, is presented through the clinic, radiographic, histopathologic findings and its treatment.

Key Words: Periapical cyst, cystic ameloblastoma.

* Hacettepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Dr.

† Hacettepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı, Dt.

‡ Hacettepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Dt.

§ Hacettepe Üniversitesi, Dişhekimliği Fakültesi Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

GİRİŞ

Ameloblastoma lokal agresif özellik gösteren, benign epitelial odontojenik bir tümördür. Ameloblastoma oral epitelial tümörler içinde %1, odontojenik tümörler içinde %11 oranında görülmektedir. Mine organı epitel artıklarından, gelişen mine organından, kist epitelinden ve oral mukozanın bazal hücrelerinden köken aldığı düşünülmektedir^{2,9,11,18}.

Ameloblastomalar farklı klinik ve radyografik bulgularla solid veya multikistik (kistik ameloblastoma), unikistik ve ekstraosseos periferik ameloblastoma

olarak üç alt gruba ayrılırlar. Solid-multikistik ameloblastomalar, tümör merkezindeki kistik dejenerasyonla karakterize kistik ameloblastoma, plexiform, akantomatöz, folliküler ve spindle tipte ameloblastoma, derinin bazal hücreli karsinomuna mikroskopik benzerliği ile dikkat çeken basal hücreli ameloblastoma, içerdiği baskın sitoplasmik granüllerin bulunduğu granüler hücreli ameloblastoma olarak alt gruplara ayrılırlar. Tümör specimenlerinden alınan histopatolojik kesitlerde tek bir alt grup görülebileceği gibi farklı alt grupların histolojik özellikleri de aynı tümör kesitlerinde izlenebilir⁹.

Kistik ameloblastoma %77-90 oranında mandibuler posterior bölgede lokalizedir^{7,9,10,15}. Mandibuler anterior bölgede görülme sıklığı ise %9-12 civarındadır⁷. Görülme sıklığı en çok 20-30 yaşlar arasında olan kistik ameloblastoma sıklıkla dentigeröz kistten, nadir olarak da diğer odontojenik kistlerden köken almaktadır. Kistik ameloblastomanın yaklaşık %85'i folliküler kistle ilişkilidir ve %51'i dişin kronunu da içine almaktadır^{10,16}. Fakat diğer odontojenik kist epitellerinden de köken aldığını belirten çalışmalar mevcuttur^{9,11}.

Radyolojik olarak, uniloküler ya da multiloküler ve iyi sınırlı radyolüsent alan olarak görülürler. Genellikle asemptomatiktir ve çenelerde ağrısız geniş şişliklere neden olabilir^{3,18}.

Ameloblastik değişim göstermiş dokular mikroskopik olarak, nukleusu bazaldan uzak, bazalda ise stoplazmik vakuol bulunan, kolumnar preameloblast benzeri hücrelerin bulunması ve değişikliğin epitelin üst tabakalarında stellate retikulum tarzında görülmesi ile karakterizedir. Subepitelial alanda ise hyalinizasyon vardır⁹.

Ayırıcı tanı, odontojenik tümörler, odontojenik kistler ve benign non odontojenik lezyonlarla yapılır¹¹. Hem radyografik hem de klinik görünüşleri ile kistlerle karışabilirler^{5,6,7,9,11,15,16,18}. Kesin tanı için histopatolojik inceleme gereklidir.

Bu raporda, mandibulanın anterior bölgesinde, travma sonrası periapikal periodontal kistten geliştiği düşünülen bir kistik ameloblastoma vakasının klinik, radyografik, histopatolojik bulguları ve tedavisi sunularak literatür bilgileri ışığında etyolojik faktörler tartışılmıştır.

OLGU RAPORU

42 yaşında herhangi bir sistemik problemi olmayan erkek hasta, alt çene ön bölgesindeki şişlik ve ağrı nedeni ile kliniğimize başvurdu. 29393 dosya numaralı hastadan alınan anamnezde 2 yıl önce bu bölgenin travmaya uğradığı ve olaydan yaklaşık bir yıl sonra ilgili bölgede şişlik farketildiği öğrenildi. Başvurduğu dişhekiminin enfeksiyon şüphesi ile antibakteriyel tedavi uyguladığı, ekspansiyonun bir miktar azaldığı ancak 6 ay sonra tekrar büyüdüğü öğrenildi.

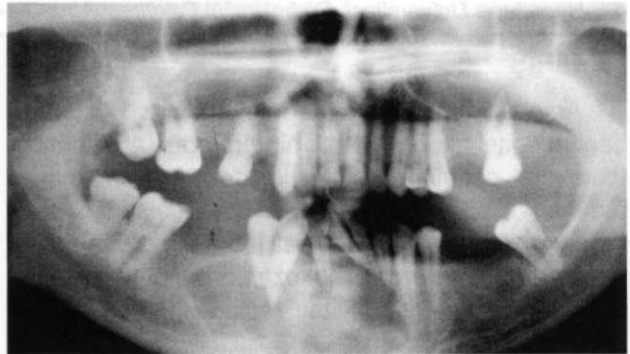
Hastanın ekstraoral muayenesinde, alt çenede mental sulkusun kaybolduğu görüldü. İntraoral muayenede alt çenede sağ birinci premolardan sol ka-

nine kadar olan bölgede bukkal yönde ekspansif büyüme saptandı. Lezyonu örten mukozanın vaskülarizasyonunun arttığı izlendi. Bu bölgedeki dişlerde mobilite ve sağ birinci ve ikinci keser dişte migrasyon mevcuttu (Resim 1).

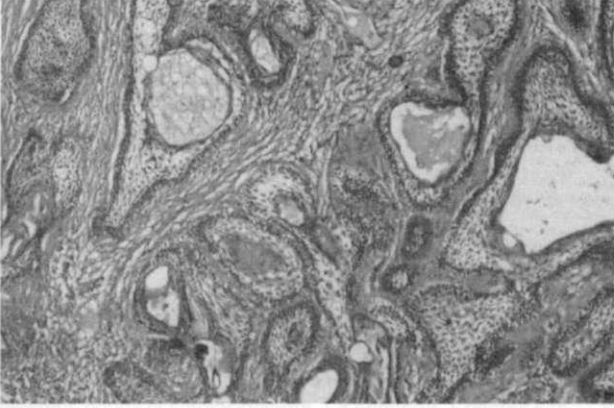


Resim-1. Lezyonun labial yöndeki ekspansif görünümü.

Radyolojik muayenesi için alınan panoramik radyografıta sol kanin ile sağ birinci molar bölgeye uzanan sınırları belirgin, yer yer septalı uniloküler radyolüsent lezyon görüldü (Resim 2). Lezyonla ilişkili olan dişlerin vitalitesi elektrikli pulpa testi ile değerlendirildi. Bu test sonucunda sağ lateral dişin devital, diğer dişlerin vital olduğu anlaşıldı. Ön tanı amaçlı yapılan aspirasyon biyopsisinde kolestrin kristalleri içeren sarı renkli berrak kist sıvısı geldi. Periapikal (radiküler) kist ön tanısı ile, asepsi antisepsi şartlarında lokal anestezi altında operasyona alındı. Enükleasyon sonrası lezyonun oluşturduğu kavite freze edilerek düzeltildi ve primer kapatıldı. Specimen, periapikal (radiküler) kist ön tanısı ile histopatolojik incelemeye gönderildi. Gelen histopatolojik inceleme sonucunda folliküler patern gösteren kistik ameloblastoma tanısı rapor edildi (patoloji no: B-3274-01) (Resim 3).



Resim-2. Uniloküler, yer yer septalı, sınırları belirgin radyolüsent lezyonun görünümü.

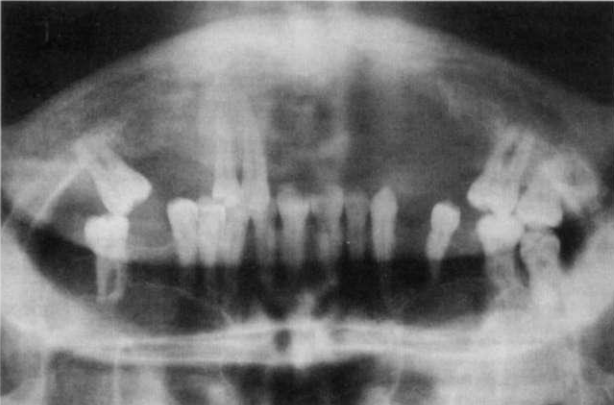


Resim-3. Foliküler patern gösteren ameloblastoma. Neoplastik hücre adaları mikrokistler içermektedir. (x200 büyütme, hemotoksilen-eozin)

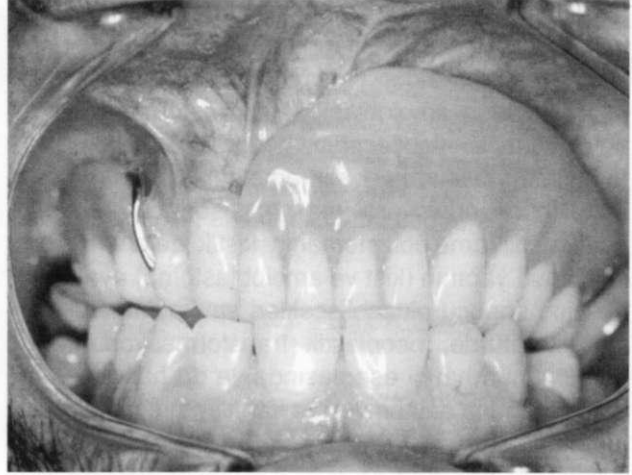
Postoperatif kontrollerde problemsiz iyileştiği izlenen hastanın iki yıllık kontrolü yapılmış herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır (Resim 4,5,6). Protetik rehabilitasyonu tamamlanan hastanın, lezyonun rekürrens riski nedeniyle 10 yıl süreyle takibi planlanmıştır.



Resim-4. 24 ay sonunda lezyon bölgesinin klinik görünümü



Resim-5. 24 ay sonunda panoramik radyograf görüntüsü.



Resim-6. 24 ay sonra protetik rehabilitasyonu yapılmış ağız içi görünümü.

TARTIŞMA

Literatür araştırmasında, genellikle asemptomatik gelişen kistik ameloblastomaların, nadir olarak ağrıya neden olduğu, radyografik muayene sırasında tesadüfen görülebildiği ve genellikle yavaş büyüdüğü için diş köklerinde migrasyona ve rezorbsiyonlara neden olabildiği görülmektedir^{8,9,11,13}. Sunulan olgudaki lezyonun travma sonrası gelişmiş olması, ilgili bölgede devital bir dişin bulunması, aspirasyonda elde edilen klasik görünümlü kist sıvısının varlığı periapikal (radiküler) kisti düşündürmesine rağmen kısa sürede büyük boyutlara ulaşması dikkat çekiciydi. Lezyonun bir sene içinde yarattığı destrüksiyon, kistik ameloblastomaların genel karakteri düşünüldüğünde de oldukça hızlı bir yıkım süreci olarak yorumlanabilir. Bunun sebebi lezyonun geliştiği bölgenin anatomik özellikleri, bu tümörün en çok izlendiği posterior bölgeden hem kompakt hem de meduller kemik hacmi bakımından daha zayıf olmasından kaynaklanabilir.

Preoperatif ön tanı kist olarak düşünülse de kesin tanının histopatolojik inceleme sonucunda kistik ameloblastoma olarak gelmesi, tümörün gelişim teorileri değerlendirildiğinde ilk olarak, travma sonrası devitalize olan sağ lateral diştan köken alan odontojenik bir kistin tümöral transformasyonu olasılığını akla getirmektedir. İlgili bölgede gömülü diş ve eksik diş bulunmaması da bu görüşü destekler niteliktedir. Bir diğer olasılık ise kistik ve tümöral dejenerasyonun aynı anda birlikte başlayıp devam etmesidir. İngilizce literatürde radiküler kistten köken alan kistik

ameloblastoma vakası raporlarında, tümörün kist duvarı içindeki epitel artıklarından ya da direkt kist epitelinden köken aldığı savunulmaktadır^{6,17}. Odontojenik bir kistten ameloblastik bir transformasyona üç şekilde geçiş olabileceğini belirten çalışmalar vardır^{7,17}. Bu yayınlarda, kistik ameloblastomaların, kist epitel hücrelerinin proliferasyonu sonucu, kemik içi gelişen bir ameloblastomanın kistik dejenerasyonu ve iki ayrı yapının (kist ve ameloblastoma) aynı anda gelişimi sonucu oluşabilecekleri savunulmuştur. Ancak literatürde, neoplastik transformasyonun, kist oluşumunun hangi aşamasında ya da hangi şartlarda oluştuğuna dair bir veri ve kanıtlanmış bir teori bulunmamaktadır.

Ameloblastomaların tedavisinde, tümörün tipi, yüksek rekürrens oranı, lezyonun yeri ve büyüklüğü esas alınır. Klinik ve histolojik olarak farklılıklar gösteren ameloblastoma olgularında tek bir standart tedavi yoktur ve her olgu kendi özelliğine göre tedavi edilir¹¹. Mandibuladaki kistik ameloblastomalarda tedavi ilk olarak küretajdır. Eğer büyük veya basis mandibularise ulaşmış bir lezyon ise blok eksizyonu veya rezeksiyon tercih edilir^{6,9,11}. Operasyona, periapikal (radiküler) kist öntanısı ile başlayıp, operasyon sürecinde de bu ön tanıya aykırı bir bulgu bulunamaması ve kesin tanının histopatolojik olarak kistik ameloblastoma olarak gelmesi tedavi planlamasında postoperatif takibin önemini ortaya çıkarmıştır.

Kistik ameloblastomaların rekürrens oranı, literatürde %10-43 arasında değişmekte⁷ ve hastaların uzun dönem takibi önerilmektedir^{4,9,11}. Rekürrensin görülmesi 9 ay ile 10 yıl arasında değişmektedir^{8,12,15}. Sunulan olguda, uygulanan konservatif tedaviye rağmen operasyon sonrası 2 yılı aşan takip süresince rekürrens saptanmamıştır. Ancak, önerilen rekürrens takip süresi için bu olgudaki sürenin yetersizliği bir gerçektir. Opere kistik ameloblastoma olgularının rekürrens sonrası doku örnekleri üzerinde yapılan histopatolojik incelemelerde, solid ameloblastoma olarak görülebildiği ya da bunun tam tersi ilk operasyonda solid ameloblastoma olan vakaların rekürrenslerinde de pleksiform kistik ameloblastoma olarak görüldüğü bildirilmiştir⁴. Sunulan olguda ileride görülebilecek bir rekürrens durumunda, yukarıda sözü edilen histolojik transformasyonun ne şekilde gelişebileceği yönünde bir öngöründe bulunmak mümkün olmasa da, eğer böyle bir durum gerçekleşirse histopatolojik transformasyonun neden olduğu ko-

nusunda daha ileri immunohistokimyasal yöntemler kullanılarak bu olayın mekanizması hakkında bilgi edinilmesi ve bu bilgiler ışığında bu tip tümörlerin çenelerde büyüme ve gelişim gösterirken nasıl davrandığı hakkında yorum yapmak mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Ackermann GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: A clinicopathological study of 57 cases. J Oral Path 17:541-546, 1988.
2. Al-Khateeb T, Ababneh KT. Ameloblastoma in young Jordanians: a review of the clinicopathologic features and treatment of 10 cases. J Oral Maxillofac Surg 61(1):13-8, 2003.
3. Eversole LR, Leider AS, Strub D. Radiographic characteristics of cystogenic ameloblastoma. Oral surg 57:572-577, 1984.
4. Gardner DG, Corio RL. Plexiform Unicystic Ameloblastoma. Cancer 53:1730-1735, 1984.
5. Haug RH, Hauer CA, Smith B, Indresano TA. Reviewing the unicystic ameloblastoma: Report of two cases. JADA 121: 703-705, 1990.
6. Holmlund A, Anneroth G, Nordenram A. Ameloblastomas originating from odontogenic cysts. J Oral Pathol Med 20:318-321, 1991.
7. Leider AS, Eversole LR, Barkin ME. Cystic ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 60:624-630, 1985.
8. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasu T, Sandra F, Ohishi M. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 93(1):13-20, 2002.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM; et. al. Oral and Maxillofacial Pathology (1st ed), Saunders, Philadelphia, 1995, p 512-519.
10. Philipsen HP, Reichart PA. Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. Oral Oncol. 34:317- 325, 1998.
11. Regezi JA, Sciuba J. Oral pathology: Clinical-pathologic correlations (2nd ed). Saunders, Philadelphia, 1993, p 363-374.
12. Regezi JA. Odontogenic cysts, odontogenic tumors, fibroosseous, and giant cell lesions of the jaws. Mod Pathol 15(3):331-41, 2002.
13. Rittersma J, Hadders HN, Feenstra K. Early unicystic ameloblastoma: Report of a case. J Oral Surg 37:747-750, 1979.
14. Robinson L, Martinez GM. Unicystic ameloblastoma. Cancer 40:2278-2285, 1977.
15. Rosenstein T, Pogrel A, Smith RA, Regezi JA. Cystic ameloblastoma-behavior and treatment of 21 cases. J Oral Maxillofac Surg 59:1311-1316, 2001.

16. Shteyer A, Lustmann J, Lewin-epstein J. The mural ameloblastoma: A review of the literature. J Oral Surg 36:866-870, 1978.
17. Small GS, Lattner CW, Waldron CA. Ameloblastoma of the mandible simulating a radicular cyst. J Oral Surg 16:231-235, 1958.
18. White SC, Proah J. Oral Radiology (4th ed). Mosby, St Louis, p 386-90, 2000.

Yazışma adresi

Dr. Oğuzcan KASABOĞLU
H. Ü. Dişhekimliği Fakültesi
Ağız-Diş-Çene Hastalıkları ve Cerrahisi A.D.
Sıhhiye/ Ankara. 06100
Tel: 3052276
E-mail: okasabog@hacettepe.edu.tr

Toran KORKMAZ¹Caner YILMAZ²Esaat YALUĞ³Hüseyin YAZICIOĞLU¹**ÖZET**

Yumuşak damak defektlerinin etyolojisi geniş demektir ve bu defektlerin ve hasta yaşamına etkiler çeşitli olsa da, bu tür hastalıklara tedavilerde kullanılan obtüratör çoğu zaman benzerlik gösterir. Yumuşak damak normalde ağız ve burun boşlukları arasında bulunur. Konuşma, yutkunma ve solunumun fizyolojisine bağlı olarak yumuşak damak hareket eder. Konjenital veya kazanılmış yumuşak damak defektli olan hastalarda, konuşma veya yutkunma sırasında nazofarinkte ve orofarinkte sıyrımak için yumuşak damak obtüratörleri kullanılmaktadır. Tam veya bölümlü protéz olarak sıklıkla obtüratör ve bunların palat adı verilen uzantıları vardır. Bu makalede, yumuşak damak eroransları düzeltmek için kullanılan obtüratör anlatılacaktır.

Anahtar kelimeler: Obtüratör, konuşma protézleri, çene yüz protéz

SUMMARY

While the etiology of defects of the soft palate are extremely varied, ranging from the cleft palate to oral malignancy and due to trauma, the malformations tend to behave in a similar way, for the most part, quite similar. The soft palate normally establishes between the oral and the nasal cavities. The soft palate moves in response to the physiology demands of speech, deglutition, and inspiration. Soft palate obturators are used to separate nasopharynx and oropharynx, during speech and swallowing in congenital or acquired soft palate defect patient. They are of two parts: total or partial prostheses and a physiological extension, called palat. In this article, obturator, used to restore soft palate anomalies will be described.

Keywords: Obturators, speech and prostheses, maxillofacial prostheses

¹ G Ü Dişhek Fak Protézik Dis Tedavisi A.D., Yrd. Doç. Dr.

² G Ü Dişhek Fak Protézik Dis Tedavisi A.D., Doç. Dr.

³ G Ü Dişhek Fak Protézik Dis Tedavisi A.D., Prof. Dr.

GİRİŞ

Dudaklar prenatal dönemde üst çene ve yumuşak damağı oluşturan tomurcuklar ve transyeri arkları meydana gelirler. Buradan prenatal dönemde bütünlük olmazsa, ağız ve burun boşlukları arasındaki yapılaşmada çeşitli gelişim bozuklukları ortaya çıkar. Bu gelişim bozukluklarına dudak damak yarığı veya fissür adı verilir. Bu tür gelişim bozukluklarının etyolojileri arasında kromozom anomalliler, gelişim üzerinde etkil olan çevresel faktörler, genetik faktörler, tek gen değişikliği, ovaryum kistlerinde yanakların neden ola-

bilceği faktörler, zayıf tomurcuklar, nöral borunun genetik gelişimi sürecindeki uyarılma yeterliliği¹. Bu defektli hastaların oblitörasyonu için, malin tümörler ve travma etmesinin de olabileceği².

Faringeal kapama³ sağlamak palatofaringeal duvar ve yumuşak damak kasları ile ilgilidir. Kapama işleminde en büyük etkiyi levator veli palatini ve suspentor constrictor faringeus kasi oluşturur. Levator veli palatini kasının kasılması yumuşak damağı yukarı ve geriye hareket ettirir ve posterior faringeal duvara temas ettirir⁴.